

3-4 săptămâni, necesitatea repetării manevrei.

Faze – 1. degradarea proteinei mucoasei cu îngustarea moderată a orificiului dehiscent; 2. modificarea granulației; 3. regenerarea epitelială; 4. remaniere fibrotică. Prezentare 5 cazuri.

Discuții - rezultate net favorabile s-au obținut în 8 cazuri dintr-un total de 11, necesitând mai multe instilații bronșice intramucoase. Eșecurile posibile se pot datora unor situații speciale: hiperglicemie; supurații preexistente; instilarea intramucoasă incorectă. Nu au fost observate efecte secundare locale sau sistemice notabile după instilare cu etanol. Monitorizarea pacientului este necesară la fiecare 3-6 luni în primul an.

În loc de concluzii - această procedură este ieftină și ușor de aplicat pentru pacient. Procesul în sine este relativ simplu de implementat și poate fi efectuat în orice cameră de endoscopie bronșică echipată standard.

ALCOHOL IS A POSSIBLE ENDOSCOPIC METHOD FOR RESOLVING BRONCHIAL BUMP DEHISCENCES

Mihai Alexe

Bronchial Endoscopy Laboratory of the Pneumology Institute "Marius Nasta", Bucharest, Romania

The dehiscence of the lung resection abutment represents a critical moment in the evolution of the post-surgical patient, requiring surgical reintervention, which represents a new aggression on the patient.

The idea of using pure ethanol arose after observing the appearance of some mucous granulations after the accidental inhalation of alcohol by some patients. Studies performed on the rabbit lung that mentioned a significant granulomatous reaction followed by epithelization and partial fibrosis as a result of the injection of small amounts of ethanol into the bronchial wall. Alcohol injection produced an area of necrosis and subsequent epithelial regeneration and alveolar septal fibrosis

In these patients, surgical intervention was impossible for various reasons - cardiac contraindications; impaired general condition; bacteriological spectrum – MDR-Tuberculosis; the patient's refusal. The procedure was performed after the exhaustion of other treatments - prolonged pleural drainage; antibiotic therapy (3-4 weeks); Eleosser intervention

The procedure itself is relatively simple to apply, requiring only a fibrobronchoscope, a transbronchial puncture needle and ethanol, and can be performed in any standard equipped bronchial endoscopy room

Technique - the transbronchial puncture needle is inserted under visual control, strictly intramucosally. Pure, fractionated ethanolic alcohol (0.5 ml each) is injected strictly intramucosally at the edge of the dehiscent hole. Clean the bronchial tree immediately. It is evaluated after approx. 3-4 weeks, the need to repeat the maneuver.

Phases – 1. degradation of the mucosal protein with moderate narrowing of the dehiscent hole; 2. granulation modification; 3. epithelial regeneration; 4. fibrotic remodeling. Presentation of 5 cases.

Discussions - clearly favorable results were obtained in 8 cases out of a total of 11, requiring several intramucosal bronchial instillations. Possible failures may be due to special situations: hyperglycemia; pre-existing suppurations; incorrect intramucosal instillation. No notable local or systemic side effects were observed after ethanol instillation. Patient monitoring is required every 3-6 months during the first year.

Instead of conclusions - this procedure is cheap and easy to apply for the patient. The process itself is relatively simple to implement and can be performed in any standard equipped bronchial endoscopy room

METHODS OF INCREASING THE ADENOMA DETECTION RATE (ADR). THE ROLE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE



Serhii Polishchuk

M.D., Head of endoscopy department, Gastro Zentrum OLYMED, Teaching Associate Department of Internal Medicine #1, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Colonoscopy can reduce the risk of death from colorectal cancer through detection of tumors at an earlier, more treatable stage and through removal of precancerous adenomas. The adenoma detection rate (ADR), the proportion of screening colonoscopies performed by a physician that detect at least one histologically confirmed colorectal adenoma. We suggest using eight methods of increasing this indicator, including artificial intelligence (AI). The use of AI allows to increase the ADR by 14%.

The use of artificial intelligence (AI-CADe) for the detection of colorectal lesions is a powerful tool that is recommended for implementation in everyday endoscopic practice.

Key words: colonoscopy, adenoma detection rate, interval cancer, optical diagnosis, artificial intelligence.

BIOPSIA PULMONARĂ TRANSBRONȘICĂ (BPT)



Mihai Alexe

Laboratorul de Endoscopie Bronșic al Institutului de Pneumologie "Marius Nasta", București, România

Este o metoda semiinvasivă de prelevare endobronșică, utilă pentru diagnosticul afectățiunilor pulmonare, având sediul dincolo de zonele de vizualizare directă endoscopică (din periferia câmpurilor pulmonare). Constă în recoltarea de țesut pulmonar situat între două bronhii distale.

Indicații dpdv radiologic - Opacități interstițiale – difuze sau localizate; Opacități periferice (dincolo de vizualizarea directă endoscopică). Indicații dpdv etiologic - Patologie tumorală malignă; Boli interstițiale pulmonare; Boli infecțioase pulmonare; Boli fungice.

Contraindicații ale BPT sunt generale ale bronhoscopiei - cardiovasculare - cardiopatie ischemică, pulmonare; neurologice, sau contraindicații speciale - deficit de coagulare, plămân unic, HTA.

Materiale necesare și dotări - nu este necesară o dotare specială față de dotarea standard a unei săli de bronhoscopie – fibrobronhoscop și pensa de biopsie. Este prudent să se efectueze în vecinătatea unei secții ATI sau chirurgie toracică (datorită posibilităților incidente). Tehnica - pensa de biopsie este împinsă închisă în periferie în bronhia corespunzătoare existând apoi două variante de continuare: 1. mișcări "du-te vino" pe o distanță de cca. 1cm și se închide pensa; și 2. pacientul este pus să inspire adânc, pensa este deschisă și împinsă către distal cu apnee. Se recoltează 4 - 6 fragmente.

Incidente – accidente: Durere; Sângerări 10 - 20% din cazuri; Pneumotorax - 5 -10 % din cazuri; Sincopa - f. rar. Pentru creșterea siguranței tehnice și a randamentului se utilizează urmărirea sub ecran fluoroscopic a BPT cu un echipament Rontgen complex, cu brat în C și monitor Tv.

Crioterapia este folosită în bronhoscopie de mulți ani, iar utilizarea sa principală este tratamentul și excizia leziunilor endobronșice, în special în cazurile de obstrucție bronșică. Obținerea unui diagnostic histologic precis cu BPT convențională este limitată de dimensiunea redusă a fragmentului de biopsie. În cazul probelor de criobiopsie dimensiunile sunt duble, iar structurile sunt păstrate. BPT este soluția de elecție recomandată înainte de metodele chirurgicale de prelevare biptică – toracoscopie sau toracotomie. BPT scade indicația manevrelor chirurgicale de prelevare cu 50 – 60%. Asocierea BPT – LBA duce la creșterea randamentului și rapiditatea diagnosticului NBP cu localizare periferică, chiar în faza precoce.

TRANSBRONCHIC LUNG BIOPSY

Mihai Alexe

Laboratorul de Endoscopie Bronșic al Institutului de Pneumologie “Marius Nasta”, București, România

It is a semi-invasive method of endobronchial sampling useful for the diagnosis of lung diseases based beyond the areas of direct endoscopic visualization (from the periphery of the lung fields). It consists in the collection of lung tissue located between two distal bronchi

Radiological indications - Interstitial opacities - diffuse or localized; Peripheral opacities (beyond direct endoscopic visualization).

Etiological indications - Malignant tumor pathology; Interstitial lung diseases; Infectious pulmonary diseases; Fungal diseases

Contraindications of BPT are: general bronchoscopy - cardiovascular - ischemic cardiopathy, pulmonary; neurological. or special contraindications - coagulation deficiency, single lung, hypertension

Necessary materials and equipment - no special equipment is required compared to the standard equipment of a bronchoscopy room - fibrobronchoscope and biopsy forceps. It is prudent to perform it in the vicinity of an ATI or thoracic surgery department (due to possible incidents).

Technique - the biopsy forceps is pushed closed in the periphery into the corresponding bronchus, and there are then two options for continuation: 1. "go and come" movements over a distance of approx. 1cm and close the clamp; and 2. - the patient is made to inhale deeply, the clamp is opened and pushed distally with apnea. 4 - 6 fragments are collected.

Incidents - accidents: Pain; Bleeding 10 - 20% of cases; Pneumothorax - 5-10% of cases; Syncope - rarely. In order to increase technical safety and efficiency, BPT monitoring under a fluoroscopic screen is used with a complex X-ray equipment, with C-arm and TV monitor

Cryotherapy has been used in bronchoscopy for many years, and its main use is the treatment and excision of endobronchial lesions, especially in cases of bronchial obstruction. Obtaining a precise histological diagnosis with conventional BPT is limited by the small size of the biopsy fragment. In the case of cryobiopsy samples, the sizes are double, and the structures are preserved

BPT is the solution of choice recommended before the surgical methods of biopsy sampling - thoracoscopy or thoracotomy. BPT reduces the indication of surgical sampling maneuvers by 50-60%. The association of BPT - LBA leads to an increase in the yield and speed of diagnosis of NBP with peripheral localization, even in the early phase

EBUS-TBNA ASPECTE PRACTICE



Mihai Alexe

Laboratorul de Endoscopie Bronșica al Institutului de Pneumologie “Marius Nasta”, București, România

În ultimele două decenii, EBUS - TBNA a apărut ca o tehnică extrem de eficientă și minim invazivă pentru prelevarea de mase peribronșice, mediastinale și pulmonare pentru examenul histopatologic. EBUS - TBNA poate oferi rezultate rapide la fața locului, cu o expertiză relativ redusă și are un profil foarte sigur. S-a dovedit a fi semnificativ rentabil în comparație cu tehnicile considerate "gold-standard" anterior. Indicații principale ale EBUS-TBNA sunt: Diagnosticul, stadializarea și restadializarea cancerului pulmonar; Diagnosticul limfadenopatiei mediastinale și hilare; Diagnosticul limfoamelor; Leziuni bronșice .

Limitele EBUS-TBNA - EBUS este limitat la mediastinul anterosuperior, iar EUS este adesea utilizat pentru a preleva de la nivelul mediastinului posteroinferior. EBUS și EUS pot fi adesea efectuate în aceeași sesiune consecutiv. EBUS este dificil de realizat din punct de vedere tehnic în anumite locații anatomice, cum ar fi lobii superiori, deoarece este necesară angularea extremă a eco-bronhoscopului. Pentru pacienții supuși bronhoscopiei sub sedare conștientă, o tuse semnificativă poate limita succesul procedurii.

Contraindicațiile pentru EBUS sunt similare cu cele ale bronhoscopiei în general. Contraindicațiile specifice EBUS-TBNA sunt legate de coagulopatii (induse medicamentos sau inerente). Sângerarea endoganglionară / endotumorală este în general redusă fiind limitată de rezistența extrinsecă a capsulei ganglionare sau intrinsecă endotumorală.

Localizări practice și imagistice ale adenopatiilor mediastinale.

EBUS-TBNA PRACTICAL ASPECTS

Mihai Alexe

Bronchial Endoscopy Laboratory of the Pneumology Institute "Marius Nasta", Bucharest, Romania